

La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales*

The Social Protection of Dependency in Spain. A “sui generic” Model of Social Rights Development

Gregorio RODRÍGUEZ CABRERO

Universidad de Alcalá
gregorio.rodriguez@uah.es

Recibido: 20.03.07

Aceptado: 10.05.07

RESUMEN

Los cambios sociodemográficos en el modelo de cuidados informales y la nueva concepción social del riesgo han conducido a una aceleración del debate social y político que ha concluido en el caso español en una nueva rama de la acción protectora del Estado de Bienestar, síntesis singular de la tradición mediterránea de cuidados informales, de la visión continental de la centralidad de la familia y, tendencialmente, del universalismo nórdico. El nuevo modelo supone la construcción de un entramado institucional cuya gestión, coordinación, financiación y evaluación constituyen un ensayo institucional complejo de gestión mixta que reflejará la tensión entre la protección del nuevo riesgo, los constreñimientos del Estado de Bienestar en materia financiera así como la intensa descentralización del Estado de las Autonomías. La aplicación de la ley de la dependencia es un test de gran importancia, aunque sin duda no decisivo, de cómo será el porvenir de la reforma social emergente en España en la primera parte del presente siglo.

PALABRAS CLAVE: Dependencia, modelo social europeo, cuidados de larga duración, descentralización, cuidados informales, gestión mixta del bienestar.

ABSTRACT

Social and demographic changes related to informal care model as well as the new idea of social risk have lead to a social and political debate which has concluded at least in Spanish case in a new branch of the Welfare State, in many ways a synthesis of informal care Mediterranean tradition, Continental family vision and Nordic universalism. The new social protection model involves the construction of a complex institutional building. Its management, coordination, financing and evaluation constitutes a test of a mi-

(*) El autor agradece los comentarios críticos a la primera versión de este texto de los profesores Fernando Casas (UCLM), Vicente Marbán (UAH), Julia Montserrat Codorniu (URLL), Álvaro Rodríguez Bereijo (UAM) y Pilar Rodríguez (Gerontóloga), si bien el autor asume la plena responsabilidad del mismo.

xed welfare which will show the conflicts between the new social protection model, the financial limits of Welfare State and the decentralization of social policies. The development of the Social protection Dependency Law from 2007 onwards it is crucial in relation to the future of Spanish social reform in the first half present century.

KEY WORDS: Dependency, European Social Model, long-term care, decentralisation, informal care, mix welfare.

SUMARIO

1. Las políticas de protección social a la dependencia en el modelo social europeo. 2. Los pilares del modelo español de protección social a la dependencia. 3. Las claves sociodemográficas, institucionales y financieras de la ley de la dependencia en España. 4. Conclusiones.

1. LAS POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA EN EL MODELO SOCIAL EUROPEO

La ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (a partir de ahora LEADE) recientemente aprobada por el Congreso de los Diputados¹ supone el fin del proceso de debate científico y político que define la nueva “polity” del Estado de Bienestar español y el inicio de la fase de aplicación de la misma, un proceso este último que requerirá un período de maduración de, al menos, una década para lograr su consolidación y progresivo perfeccionamiento y que la reciente literatura ha recogido bajo diferentes perspectivas².

En la cristalización de la nueva política pública de bienestar social es preciso considerar dos dimensiones: por una parte, su entronque con el acervo comunitario en esta materia o proceso de convergencia relativa con las políticas europeas de cuidados de larga duración, que será objeto de consideración en este epígrafe; por otra parte, su comprensión dentro de la tradición protectora española, contributiva y asistencial, y su nueva formulación como política de orientación universalista, que analizaremos en el siguiente epígrafe.

En el debate español, tanto político como científico y social, la conexión con la experiencia europea ha sido constante tanto en lo referente a experiencias nacionales concretas (caso del modelo alemán, nórdico o francés, entre otros)³ como a las consideraciones y recomendaciones de la Comisión Europea en la materia (Rodríguez Cabrero, 1999). El debate europeo en materia de cuidados de larga duración o atención a las personas en situación de dependencia puede sintetizarse como el tránsito desde modelos de cuidados de orientación asistencial (con escasas excepciones como los países nórdicos y Países Bajos), fuertemente apoyados en el trabajo no remunerado de la mujer, y de la familia en general, a modelos de tipo universalista que transforman lo que era un riesgo perteneciente a la esfera individual y familiar, y solo en parte laboral, en un riesgo social cuya respuesta pasa a pertenecer al

conjunto de la sociedad a través de la responsabilidad pública, si bien compartida con las personas afectadas y sus familias tanto por razón de la propia naturaleza del problema (cuidados personales) como por las implicaciones financieras que supone su coste a largo plazo. En este sentido cabe afirmar que se está produciendo en el ámbito del llamado Modelo Social Europeo (a partir de ahora MSE), con distintos niveles de intensidad en función de las tradiciones nacionales de protección social, un doble cambio institucional ya que la protección de la dependencia se ha ampliado desde la cobertura de situaciones de invalidez generadas en el proceso de trabajo a todas aquellas que tienen su origen en discapacidades que afectan a la capacidad funcional para resolver los problemas de cuidados y movilidad de la vida cotidiana y, por otra parte, como antes decíamos, lo que era un riesgo individual se transforma en un riesgo social que cubre todas las edades y a todas las posibles situaciones de dependencia funcional en la vida cotidiana.

En efecto, en los últimos diez años se ha producido una relativa convergencia en materia de protección social a la dependencia o cuidados de larga duración (CLD) dentro del MSE (Pacolel, 1998, 2006). Siguiendo las clasificaciones de Esping-Andersen (1990) y posteriormente Ferrera (1996) constatamos (Rodríguez Cabrero, 2005) que los países nórdicos han ampliado en los últimos treinta años su red protectora de la dependencia funcional como extensión de las redes universales de servicios sociales y sanitarios, con mayor o menor énfasis en la atención social o sanitaria. El llamado modelo continental o de Seguridad Social se ha incorporado plenamente a la acción protectora en la materia en la década de los noventa del pasado siglo. Tales son los casos de Austria (1993), Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Flandes (2001), Francia (2004), que coinciden entre sí en cuanto a la implantación de la lógica de la universalización de la acción protectora, superando el asistencialismo, así como en lo referente a la importancia de los servicios sociales en esta materia aunque difieren en aspectos como la financiación (el co-

¹ Ley 39/2006, de 15 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. Desarrollo de la Ley: RD 504/2007, de 20 de abril en relación al baremo; RD 614/2007, de 11 de Mayo sobre nivel mínimo de protección; y RD 615/2007, de 11 de Mayo sobre Seguridad Social de los cuidadores no profesionales.

² Son de interés los siguientes trabajos monográficos publicados en 2006: Revista de Documentación Social nº 141, Revista Española del Tercer Sector nº 3 y el libro Envejecimiento y Dependencia coordinado por Puyo y Abellán.

³ Libro Blanco (2005) Atención a las Personas en situación de dependencia en España. Madrid, IMSERSO.

pago sobre todo), la intensidad protectora y el modelo público de gestión adoptado. El llamado modelo anglosajón (particularmente el Reino Unido) se encuentra en una encrucijada ya que la superación de la naturaleza asistencial de los cuidados de larga duración (CLD o long-term care) se encuentra en buena medida bloqueada por una visión institucional histórica que considera esta área de la protección social como responsabilidad del individuo y residualmente de la sociedad. Todo ello, ciertamente, compatible con un crecimiento de la oferta pública y privada de servicios demandada por las clases medias de la sociedad. Finalmente, los países del Sur de Europa afrontan la transición desde sistemas de protección asistencial, basados en la solidaridad de la familia hacia modelos de tipo universalista. Los casos de España e Italia (Betio, Simonazzi, Villa, 2006) son paradigmáticos en este sentido (aunque Italia se encuentra aún en fase de debate político) ya que los profundos cambios en el seno de las estructuras familiares, el intenso proceso de envejecimiento de la población y la aceleración del proceso de incorporación de la mujer al mercado han situado en un lugar central del debate de la política social la protección social de la dependencia. Mientras se ponen en marcha las nuevas políticas universalistas y coordinadas de acción protectora los ayuntamientos (con un crecimiento importante de la red de servicios sociales, aunque aún insuficiente), la sociedad civil (el concurso activo de las ONG de acción social) y el creciente recurso a la mujer inmigrante como cuidadora que sustituye a la mujer trabajadora nativa (IMSERSO, 2005) y, en menor medida, nuevas estrategias de negociación y reparto de la carga entre familiares y el muy activo papel de cuidador/a mayor de la población en situación de dependencia), contribuyen a paliar un problema social que ha trascendido el ámbito personal y familiar. Las últimas incorporaciones de 12 nuevos países a la UE (la de mayo de 2004 y enero de 2007) obligarán a reclasificar el MSE de regímenes de bienestar si bien las distintas tradiciones nacionales se podrán adscribir respectivamente a modelos de protección asistencial de seguridad social o universalistas (Pacolet, 2006).

Es importante resaltar que las políticas europeas en esta materia son una combinación, con mayor o menor intensidad, de: a) **universalismo creciente pero limitado** de la acción del Estado que garantiza una financiación básica

del sistema junto a una regulación general compartida con la regulación regional; b) extensa e intensa **responsabilidad familiar** en cuanto a cuidados (el modelo nórdico trata de recuperar y reforzar la responsabilidad familiar; el modelo continental de mantenerla con ayudas importantes al cuidador/a; el modelo mediterráneo, sobre todo el español, se encuentra en un momento de transición hacia nuevas formas de cuidados familiares e informales en general); c) **gestión descentralizada** (planificación regional y centralidad de los municipios en la gestión de los servicios y prestaciones) **apoyada en un sector privado** con un papel destacado (sustitución creciente de la prestación de servicios públicos del Estado por la prestación por parte de empresas y tercer sector); d) finalmente, importancia en auge de la persona afectada (Lundsgaard, 2005) y la familia en la **elección de aquella combinación de prestaciones sociales** que sea adecuada a sus necesidades, dentro de los límites financieros que imponen las leyes de dependencia y las distintas fórmulas nacionales de planes individuales de cuidados.

Las sólidas tradiciones nacionales de los regímenes de protección social, que el principio de subsidiaridad comunitario considera intocables hoy por hoy, son compatibles con tendencias de relativa convergencia europea fruto de procesos **sociodemográficos** muy parecidos (envejecimiento, cambios en los roles de la familia tradicional y nuevas demandas sociales), de cambios **institucionales** en el Estado de Bienestar (descentralización, privatización, búsqueda de la eficacia de las políticas) y de factores estrictamente **financieros** que afectan a la sostenibilidad de los sistemas (estabilidad presupuestaria de los países de la UE que obliga a una contención relativa del gasto) favorecidos en parte por cambios ideológicos que enaltecen el papel de lo privado frente a lo público y la importancia de la responsabilidad individual frente a los riesgos. Son tres grupos de argumentos que es preciso considerar con el fin de comprender la importancia relativa, pero efectiva en muchos sentidos, de la convergencia en materia de política social de protección de la dependencia (universalización en cuanto a derechos, suficiencia de recursos y accesibilidad y sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social) (Consejo y Comisión Europeos, 2003) que recoge en su totalidad la ley española de 2006 como filosofía orientadora en su preámbulo.

Nuevas necesidades sociales (o socialización de obligaciones morales de la familia y la mujer en la reproducción de la sociedad), nuevos marcos institucionales y límites financieros son los factores que condicionan los tres objetivos de las políticas europeas de CLD o protección social de la dependencia: universalización, suficiencia y calidad y sostenibilidad. La nueva política pública en fase de expansión parece irreversible en el espacio social europeo y supone un desarrollo de los derechos sociales en el campo de la autonomía de las personas y de apoyo a la dependencia funcional. En definitiva, un avance de la reforma social histórica. Sin embargo, el logro de los tres objetivos mencionados, que forman parte de una estrategia relativamente común de modernización de los sistemas de protección social y de mejora de la coordinación entre sanidad y servicios sociales, varía entre países dado el distinto peso e importancia de la familia, el volumen y calidad de los servicios sociales públicos y los compromisos institucionales y financieros. De acuerdo con la lógica de la convergencia relativa del gasto social de los países de la UE-15, cabe esperar que a medio plazo las diferencias nacionales continúen siendo determinantes sin menoscabo de aproximaciones diferenciadas a un acervo común protector extensivo, financieramente contenido e institucionalmente diversificado, es decir, descentralizado y parcialmente privatizado.

2. LOS PILARES DEL MODELO ESPAÑOL DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA

El modelo protector que subyace a la LEADE de 2006 se apoya en cinco líneas de fuerza o pilares, si bien en la práctica se entremezclan inevitablemente en el título primero de la ley que es donde se regula la arquitectura protectora del nuevo sistema. A continuación consideraremos estos cinco pilares con mayor detalle si bien es preciso señalar que el grueso del debate previo a la ley así como las declaraciones institucionales (Defensor del Pueblo, 2000) o pactos sociales (Abril de 2001 entre Gobierno, CEOE y CCOO) y políticos (Renovación Pacto de Toledo de octubre de 2003) y dictámenes institucionales (Consejo de Estado y Consejo Económico y Social) se han centrado sobre todo en el estableci-

miento de un derecho subjetivo con carácter universal y en las garantías de su aplicación.

- a) El **pilar protector** de la LEADE es el núcleo central del nuevo sistema de protección social. El análisis de este eje o variable es sustantivo ya que en él se establece el derecho social subjetivo al nuevo sistema y garantiza un conjunto de prestaciones sociales. La protección de un derecho social desde un punto de vista de la nueva *polity* es la combinación de dos principios: universalidad o accesibilidad e intensidad protectora. Mediante el primero se establecen los límites de acceso al sistema y ello operará mediante un baremo que tiene carácter general en todo el Estado en cuanto a su grados (moderado, severo, gran dependencia) y niveles (dos por grado) y que si bien será aplicado por los órganos de valoración de las CCAA los criterios comunes de dicho baremo son establecidos por el órgano de regulación y control del nuevo sistema: el Consejo Territorial del SAAD.

El principio de universalidad o accesibilidad vendrá, por tanto, marcado por los criterios del baremo y establecerá la diferencia entre la demanda potencial (estimaciones de población dependiente) y la demanda efectiva (solicitudes valoradas positivamente).

La intensidad protectora va a depender de varios factores, a saber:

- Del nivel de protección mínimo que establezca la AGE, de la protección acordada entre la AGE y las CCAA y, también, de la protección adicional complementaria que cada CCAA puede establecer.
- Además, el tipo de copago que se establezca será determinante como factor de la intensidad protectora del Sector Público. El modelo que se adopte de la valoración de la renta y el patrimonio será determinante para juzgar el potencial inclusivo del nuevo sistema protector.
- Otro factor crucial de la ley es la combinación entre servicios y prestaciones monetarias. En este punto el debate político previo a la ley ha sido muy intenso y en buena medida excesivamente polarizado enfatizando bien la ma-

yor efectividad social de los primeros y su capacidad de generación de empleo bien la prioridad de la libertad de la persona para gestionar la prestación recibida. La opción de la ley es mixta si bien son prioritarios los servicios y excepcionales las prestaciones monetarias (vinculadas a un servicio ante la ausencia de servicios de la red pública o como compensación a un cuidador no profesional bajo ciertas condiciones como son la adecuación a un programa individual de atención, habitabilidad de la vivienda y alta en el régimen general de la Seguridad Social). Dado el bajo nivel de cobertura existente de servicios sociales en términos comparados, a pesar del importante crecimiento de los últimos años (Sancho Castiello, 2006), sobre todo de atención y rehabilitación (Centros de día y de noche) y domiciliarios (Ayuda a domicilio), además de otros de tipo intermedio (estancias temporales y de respiro) y alternativos (viviendas tuteladas, domicilios de acogida), es previsible que a medio plazo las prestaciones monetarias tengan un peso importante frente a los servicios lo que puede suponer un cierto retraso en la construcción de una red pública directa y concertada suficiente que, por otra parte, precisa de inversiones adicionales importantes que la ley no contempla de manera directa.

- Finalmente, la intensidad protectora dependerá del peso que el sistema conceda a las prestaciones para la autonomía personal en situación de gran dependencia. Estas, fruto en buena medida de la reivindicación de las organizaciones de la discapacidad a lo largo del debate parlamentario, finalmente extendidas a todas las edades, constituyen un avance social importante ya que refuerzan la dimensión positiva del nuevo sistema: apoyo a la autonomía personal frente a la dimensión paliativa. En el mismo sentido la

intensidad protectora dependerá de si en los años venideros ganan espacio la prevención y la función y rehabilitadora del nuevo sistema.

- b) El pilar “**competencial**” refleja inevitablemente en la LEADE la cuestión territorial en España y afecta a la propia dinámica de la construcción del nuevo sistema. El SAAD o sistema de dependencia, una vez que se ha renunciado a que la competencia del nuevo sistema se justifique en base al artº 41 de la CE (combinando un sistema de Seguridad Social de tipo contributivo con otro no contributivo o asistencial), trata de equilibrar la competencia exclusiva de las CCAA (artº 148.1.20 de la CE) en materia de asistencia social y servicios sociales con la competencia de la AGE en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos (artº 149.1.1ª). Para los partidos nacionalistas (PNV y CiU)⁴ se ha producido una invasión competencial que les lleva a considerar el nuevo modelo rechazable, no por el contenido protector. Además, esta regulación iría supuestamente en contra de las reformas de los Estatutos de Autonomía que profundizan en la autonomía territorial y también en contra de la doctrina del TC que en su interpretación evolutiva ha tendido desde el año 2000 a reforzar el principio de autonomía.

La regulación del nuevo sistema ha establecido un sistema de equilibrio institucional y financiero potencialmente inestable ya que si, por una parte, el Estado garantiza un nivel de prestación básica en todo el territorio del Estado de manera imperativa, por otra parte, el segundo nivel de protección queda subordinado a la voluntad no imperativa del convenio entre la AGE y las CCAA, es decir, al curso político de los pactos institucionales entreverados inevitablemente por las luchas políticas. El Consejo Territorial del SAAD, es el instrumento de cooperación entre la AGE y las CCAA, es decir, es el

⁴ Debate y votación final de la Ley de la dependencia: Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados nº 219, VIII legislatura, 30 Noviembre de 2006, sesión plenaria nº 203.

órgano del nuevo sistema estatal con funciones amplias de regulación, comunicación, planificación y coordinación. De cómo se regule este Consejo y del tipo de autoridad de que se dote dependerá en gran medida la eficacia regulatoria del nuevo sistema y la solidaridad financiera.

- c) El pilar de “**legitimación**” del SAAD se establece a dos niveles: por una parte, a nivel de los principios en los que se asume el derecho subjetivo a la dependencia basado en los criterios de universalidad, equidad y accesibilidad. Se trata de un sistema público orientado a la cobertura de todas las personas con necesidades de apoyo a su autonomía y a la realización de actividades básicas de la vida diaria, de carácter integral y transversal, que enfatiza la prevención y rehabilitación, el logro de la mayor autonomía posible de las personas en situación de dependencia mediante servicios accesibles y de calidad. La participación de las personas afectadas en el diseño de su protección, la colaboración de los servicios sociales y sanitarios, así como la participación de la empresa privada y del tercer sector en la gestión de los servicios, son principios que orientan una ley que pretende situarse en el espacio del modelo social europeo. Ahora bien, si el campo de los principios supone una dosis de retórica inevitable la legitimación de la misma pretende garantizarse mediante la participación o voz de las organizaciones sociales, sindicales y empresariales, siguiendo la senda de participación en los órganos gestores del Estado de Bienestar en España. Ello se concreta en un sistema de dos niveles de participación o de voz: un primer Órgano Consultivo tripartito de 36 miembros en el que Estado (18) y organizaciones sindicales (9) y empresariales (9) son paritarios de voz activa. Este órgano se suma a otros ya existentes que aparecen en el sistema de participación como son el Consejo Estatal de Personas mayores, el Consejo Estatal de la Discapacidad y el Consejo Estatal de ONG de acción social con un carácter aparentemente subordinado al primero. Sus funciones de información, asesoramiento y formulación de propuestas pretenden

contribuir a legitimar el desarrollo del nuevo sistema. Además de moderar el juego competencial, los consejos tienen una función adicional importante de la que no suele hablarse: moderar las presiones corporativas. Tradicionalmente, el sistema de servicios sociales jerarquiza parcialmente la satisfacción de las necesidades sociales en función del peso social y político de los grupos o categorías sociales que acceden al sistema que, a su vez, expresan su capacidad de movilización y organización. En la nueva fase de desarrollo del SAAD la tensión corporativa entre tercer sector y sector mercantil posiblemente tenderá a incrementarse ante las expectativas de crecimiento organizativo, sin minusvalorar el posible incremento de las tensiones internas en cada sector con tendencias a la concentración y a la sobrerrepresentación de los intereses mejor organizados.

- d) El pilar de la “**gestión**” “En lo que se refiere a la provisión de servicios la LEADE crea una “red” pública, estatal y concertada, en la que participarán la iniciativa privada empresarial y el tercer sector. El sistema se configura como mixto en cuanto a provisión de acuerdo no solo con las tendencias de los sistemas de protección de la dependencia del MSE sino también en base a la tradición del propio sistema de servicios sociales en general y, en concreto, en el caso de España. Hay que recordar que en la intervención social en este campo ha tenido un peso relevante el Tercer Sector de acción social lo cual se explicita en la ley y que cabe interpretar como reconocimiento del papel histórico de dicho sector como “mall social” en la lucha contra la exclusión social pero, también, como un “reflejo defensivo” del propio Tercer Sector ante el desplazamiento selectivo que se está produciendo en el Estado de Bienestar de la producción de servicios no lucrativa por la producción mercantil allí donde el sector privado constata que existen posibilidades reales de actividad rentable. La creación de plataformas privadas ante las expectativas de expansión de servicios y la futura regulación de la fiscalidad de instrumentos privados de cobertura privada dirigidos a financiación el

copago (disposición adicional séptima de la LEADE) así lo confirman.

Pero el pilar de la gestión no solo debe reducirse a la gestión de la red sino a otros factores no menos importantes que afectan a su eficacia. Entre estos es necesario mencionar dos: en primer lugar, la atención a las situaciones de dependencia es en gran medida sociosanitaria, aunque no de manera exclusiva. La posición del sistema sanitario ha quedado definida en el SAAD de manera débil o distanciada. Muchas son las razones posibles de este distanciamiento: el reparto del coste de algunas prestaciones, la necesidad de marcar las diferencias profesionales entre sistemas, evitar una extensión del sistema de servicios sociales bajo la lógica sanitaria de la gratuidad, entre otros. La aplicación del propio sistema hará inevitable a medio plazo la colaboración y coordinación sociosanitaria pero, inicialmente, la distancia sanitaria del nuevo sistema parece a todas luces excesiva. En segundo lugar, desde el punto de vista de la eficacia de la colaboración entre Estado y CCAA en la construcción de la red de servicios sociales es preciso tener en cuenta la experiencia del Plan Concertado de Prestaciones Básicas que ni ha logrado una amplia legitimidad ni una eficacia suficiente en la construcción de una red estatal de servicios sociales. Los convenios entre la AGE y las CCAA para establecer el segundo escalón protector del sistema deben tener un diseño, una obligatoriedad y una eficacia en correspondencia con el objetivo de satisfacer un derecho subjetivo y no un derecho asistencial.

- e) El pilar de la “**financiación**”, es crucial en el nuevo sistema protector y a ello nos referiremos con mayor detalle en el epígrafe siguiente. En lo que se refiere a la financiación la LEADE, en el preámbulo de la ley se la define como “estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante corresponsabilidad de las Administraciones Públicas” y, en todo caso, “la AGE garantizará la financiación a las CCAA para el desarrollo del nivel mínimo de protección”. Es decir, se garantiza una suerte de mínimos en todo el Estado independientemente de la parte que fije el

Convenio entre AGE y CCAA y de la parte adicional que libremente pueden adoptar estas últimas. De este modo tampoco la ley pretende lograr una concurrencia imperativa entre ambas financiaciones: el Estado garantiza la suya en el nivel básico y en el de convenio en base a su competencia constitucional (principio de igualdad del 149.1.1), pero las CCAA pueden denunciar el convenio en base a su competencia exclusiva en asistencia social. De este modo, parece que la concurrencia institucional y funcional queda subordinada a la competencia constitucional. Si esta última ha quedado cerrada, con un cierto nivel de precariedad o equilibrio inestable, es la primera, la concurrencia institucional y funcional la que será objeto preferente de la política pública ya que en ella se reflejarán de manera inevitable las tensiones institucionales y financieras del nuevo sistema protector.

En suma, del análisis de los cinco pilares del SAAD cabe decir que estamos ante una nueva rama de la protección social, una nueva dimensión de los derechos sociales de ciudadanía, que viene a coincidir con cambios sociodemográficos (envejecimiento, trabajo de la mujer, nuevos modos de solidaridad familiar), institucionales (pérdida de peso del Estado Central y fortalecimiento de los mesogobiernos), económicos (la centralidad del equilibrio presupuestario y contención relativa del compromiso del Estado) e ideológicos (la relativa sustitución de la solidaridad colectiva por la responsabilidad individual y la revolución de género), que forman parte de la reforma social emergente, todo lo cual se refleja en el nuevo modelo de protección social y que supone nuevos repartos de la carga de cuidados en la familia (Rodríguez Rodríguez, 2005), reequilibrio de poderes en el seno de las AAPP, avance contenido del gasto social, gestión mixta de servicios con mayor presencia de la empresa privada y mayor implicación del usuario en el coste.

3. LAS CLAVES SOCIODEMOGRÁFICAS, INSTITUCIONALES Y FINANCIERAS DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

En la construcción institucional de la nueva rama de protección social las preguntas claves

desde el punto de vista de su eficacia y su sostenibilidad futura son: en primer lugar, el volumen de personas en distintas situaciones de dependencia que precisarán de ayuda, el modelo de prestaciones que se adopte y las combinaciones entre prestaciones técnicas o servicios y prestaciones monetarias; por otra parte la coordinación entre AAPP, entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, la coordinación entre los servicios sociales comunitarios y residenciales y, también, la coordinación entre el cuidado formal y el cuidado informal; finalmente, el coste y financiación del nuevo sistema por parte de las AAPP y los usuarios. Trataremos de aproximarnos tentativamente a cada una de las cuestiones.

1. LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y LA ATENCIÓN INFORMAL

La aproximación a la población potencialmente dependiente en España se ha basado en diferentes encuestas realizadas a lo largo de los últimos quince años (tanto sociales, realizadas en su mayoría por el IMSERSO, como sanitarias) si bien algunas de ellas han sido diseñadas expresamente para lograr algún tipo de aproximación detallada (como es la EDDDES 1999, INE). En recientes trabajos (Palacios Ramos y Abellán García, 2006) se ha dado cuenta sintética de las distintas aproximaciones para el colectivo de personas dependientes mayores de 65 años. Los resultados no son comparables ya que se han adoptado distintos criterios para su estimación en cuanto al número de actividades o ítems que se considera y la medición de la intensidad que permite agrupar en grados y niveles de dependencia a las distintas personas. Además, se trata de estimaciones que recogen la situación de personas que viven en el hogar y dejan fuera aquellas que viven en residencias o no tienen domicilio (caso de enfermos mentales sin hogar). Por otra parte, se trata de estimaciones realizadas en base a la opinión de la persona afectada o sus familiares lo que constituye, sin minusvalorar su importancia, una tosca estimación del volumen y estructura de la población en situación de dependencia. A pesar de estas limitaciones las distintas estimaciones tienen un valor aproximativo de cara al conocimiento de la población afectada, sus características y re-

ursos existentes de cuidados formales e informales. Es preciso añadir que la consideración de la ley como objeto protector, a consecuencia del debate parlamentario, de la discapacidad intelectual y mental amplía la población protegible y será preciso recalcular las estimaciones hasta ahora realizadas.

Obviamente, la población dependiente real será la que resulte de aquellas personas que habiendo solicitado la prestación (por tanto, quedarán fuera las que no lo soliciten por falta de información o interés) sean valoradas en alguno de los grados previstos por la ley (dependencia moderada, grave y gran dependencia) por los equipos de valoración de las CCAA. El modelo de valoración adoptado será crucial para establecer el punto de entrada en el sistema y el tránsito entre grados (Salvá y Rivero, 2006). Este instrumento será el que permita establecer una aproximación a la universalización real o accesibilidad efectiva al sistema. El peso que tenga la opinión de la persona en su propia valoración (ya que muchos de las actividades no se pueden medir con una objetividad "física") tendrá una gran importancia, si bien la opinión de la persona jugará su papel más determinante a la hora de diseñar el plan de cuidados individual y la posible combinaciones de prestaciones y apoyos formales e informales.

Teniendo en cuenta esto, dos cuestiones son relevantes en términos del proceso político de desarrollo del nuevo sistema. Por una parte, el volumen y características de la población en situación de dependencia y su evolución en el futuro. Por otra parte, la estructura social de los cuidados informales en la atención a dicha población en los años venideros.

Para el planificador social y para el gestor público la evolución futura de la población dependiente es crucial de cara a la previsión de recursos financieros necesarios. El factor demográfico será especialmente importante en los años venideros, a partir de 2015 sobre todo, con el crecimiento de la población mayor de 65 años que afectará al volumen de población dependiente. Pero una proyección de la población dependiente en base a la proyección de la población general es relativamente engañosa ya que la clave de la proyección reside en la evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad, todo ello sin tener en cuenta que la utilización de uno u otro indicador sintético de discapacidades también afecta al volumen y estructura de

la población dependiente (Rodríguez Cabrero, 2004; IMSERSO, 2004, b; Puga y Abellán, 2004; MTAS, 2004; Morán y Rodríguez Cabrero, 2005; Abellán y Esparza, 2006).

El sistema de atención previsto en la LEADE se basa en el principio de apoyo a la persona en su domicilio hasta donde sea posible mediante prestaciones en servicios y de apoyo al cuidador no profesional. Las distintas encuestas vienen a coincidir en que la inmensa mayoría de las personas en situación de dependencia desean vivir en su domicilio y, además, la práctica de la intervención social nos demuestra que ello es una vía positiva de construcción del bienestar individual. El problema real a medio plazo es que la distancia social entre la oferta de servicios domiciliarios y de día y la atención informal que asumen las mujeres y, de manera creciente, las mujeres mayores, es una distancia cuya superación supondrá años de esfuerzo inversor. Mientras tanto la realidad es que la atención informal y su naturaleza feminizada seguirán teniendo un peso decisivo que las políticas públicas tendrán que valorar y apoyar no solo flexibilizando el acceso a las prestaciones monetarias

(mientras no haya una oferta suficiente de servicios) sino también ampliando la protección en el ámbito de la conciliación del trabajo y los cuidados informales mediante excedencias más amplias que las previstas en la Ley 39/1999 (máximo de un año) ya que en los cuidados personales precisados por las personas en situación de dependencia son intensos en tiempo diario y largos en el tiempo (ver Cuadros 1 y 2).

2. UN MODELO INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN MÚLTIPLE

El sistema de cuidados a las personas en situación de dependencia es un sistema complejo que exige una actividad de coordinación muy intensa. Existe ya un importante acervo acumulado en los últimos veinte años en la construcción del sistema de servicios sociales y en la propia dinámica interna de los servicios sociales. Aquí nos limitamos a señalar tentativamente aquellos aspectos que afectan a la eficacia organizativa del nuevo sistema en el orden político y en el ámbito protector.

Cuadro 1. Número de horas de cuidados personales del cuidador principal por semana, según niveles de dependencia (%)

| Nº horas por semana | Moderados | Graves | Severos | Total % |
|---------------------|-----------|--------|---------|---------|
| Hasta 7 horas | 19,3 | 13,3 | 2,2 | 13,6 |
| De 7 a 14 | 20,9 | 15,0 | 4,6 | 15,3 |
| De 15 a 30 | 19,0 | 17,8 | 9,7 | 16,6 |
| De 31 a 40 | 9,6 | 10,1 | 9,7 | 9,8 |
| De 40 a 60 | 6,1 | 9,0 | 11,6 | 8,3 |
| Más de 60 horas | 25,1 | 34,8 | 62,2 | 36,4 |

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES 1999 (INE).

Cuadro 2. número de años que el cuidador principal dedica a los cuidados personales (%)

| Número de años de cuidados moderados | Moderados | Graves | Severos | Total % |
|--------------------------------------|-----------|--------|---------|---------|
| Menos de 1 año | 7,6 | 7,3 | 10,5 | 8,2 |
| De 1 hasta 2 años | 13,3 | 11,3 | 12,0 | 12,3 |
| De 2 hasta 4 años | 17,7 | 17,1 | 17,2 | 17,4 |
| De 4 hasta 8 años | 19,9 | 20,6 | 21,6 | 20,5 |
| Más de 8 años | 41,5 | 43,7 | 38,7 | 41,6 |

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES 1999 (INE).

- En primer lugar, en el orden político, el SAAD plantea un problema de **coordinación entre Administraciones Públicas**, Central y Autonómica (el ámbito local ha quedado reducido a la función de gestión), tal como antes hemos señalado. El Consejo Territorial es la autoridad por excelencia del sistema de dependencia de cuya regulación o reglamentación va a depender el éxito potencial del nuevo sistema. El Consejo Territorial será el ámbito de negociación del núcleo central del sistema: prestaciones y baremo de acceso que adoptarán las CCAA. Ahora bien, dado que la relación entre Estado y CCAA depende de un convenio administrativo aparece un campo de incertidumbre que afecta a la posibilidad del mismo, a su solidez y a la corresponsabilidad financiera. Así como en el ámbito educativo y en el sanitario, en este último caso en menor medida, la construcción de prácticas de gestión descentralizada y de estructuras de colaboración en el seno del Estado han sido posibles en los últimos años (no exentas de tensiones políticas y financieras), no ha sucedido lo mismo en el ámbito de los servicios sociales donde la inexistencia de una ley marco de servicios sociales y un catálogo de prestaciones común ha favorecido un desarrollo autonómico desigual y con una débil base financiera, que el Plan Concertado no ha podido superar, en detrimento de políticas de coordinación y armonización basadas en prestaciones comunes iguales.
- En el ámbito protector el SAAD afronta dos tipos de coordinación interna. El primero es intersistémico, entre el **sector sanitario y el sistema de servicios sociales**. En el proceso de desarrollo del proyecto de ley el ámbito sanitario de la dependencia ha ganado en visibilidad (prácticamente inexistente en el anteproyecto; ver Siposo 2006, CES, 2006) pero su situación real final ha quedado en un papel menor, si bien los servicios sociales deben ocupar el lugar central en el sistema. Del papel que debe jugar la atención sanitaria en la atención a la dependencia da cuenta la propia ley de cohesión y calidad del sistema sanitario de 2003 que contempla prestaciones de atención so-

ciosanitaria aún no desarrolladas y la importancia de la continuidad de los cuidados y la coordinación entre Administraciones. La propia práctica sociosanitaria al servicio de la dependencia ha tenido un importante desarrollo en los últimos años (Ruipérez Cantera, 2006) La LEADE la ha recogido de manera explícita en sus principios (necesidad de colaboración entre servicios sociales y sanitarios) pero no ha desarrollado normativamente las posibilidades reales de dicha colaboración que quedan en manos de las CCAA y en lo que el Estado no parece comprometerse a fondo. Como señala Casado (2006) falta mucho camino por recorrer en este campo.

Por otra parte, el éxito del sistema de intervención social para situaciones de dependencia depende del grado de **coordinación interna en el sistema de servicios sociales**. La fragmentación y la separación entre servicios comunitarios y especializados ha sido hasta recientemente la característica dominante del sistema. La efectividad del SAAD va a depender en gran medida de la creación de sistemas de continuidad de servicios en la propia red que se cree y ello, a su vez, depende también del reforzamiento del ámbito local (Rodríguez Rodríguez, 2006) y de la flexibilidad de intervención por parte de un sistema que se rige por la lógica administrativa. La creación de modos de intervención ad hoc y la flexibilidad organizativa son exigencias del nuevo sistema de cara a su efectividad social.

3. FINANCIACIÓN SUFICIENTE Y SOSTENIBLE

La financiación pública de la LEADE depende del coste de la misma y del reparto que del mismo se haga entre Administraciones Públicas y usuario. A su vez, el coste del SAAD depende de diferentes factores, algunos antes mencionados como son la demanda efectiva, el modelo de prestaciones o peso relativo de servicios y prestaciones monetarias, del propio modelo de servicios que se consumen (la intensidad horaria o el distinto peso de los servicios comunitarios), el coste de las prestaciones de los servicios, el coste que supone para los usuarios y las prestaciones que finalmente abonará el sector público

Cuadro 3. Costes medios de las prestaciones por usuario y año (euros)

| Grado de dependencia | Moderado | Severo | Grave | Media |
|-------------------------------|----------|--------|--------|--------|
| Coste servicios | 8.957 | 15.456 | 19.450 | 12.912 |
| Coste prestaciones monetarias | 3.240 | 4.800 | 6.480 | 4.314 |

Fuente: J. Montserrat: El impacto de la ley de la dependencia en las finanzas del Estado. Noviembre de 2006. (Mimeo). Estos resultados se basan en los precios de referencia de los servicios para el año 2005.

a los usuarios según tipo y grado de dependencia. Obviamente, el coste varía en función de las hipótesis de partida que se adopten sobre estos factores (Rodríguez Cabrero (coord.), 1999; Casado y López Casanovas, 2001; Montserrat Codorniu y Rodríguez Cabrero, 2002; Montserrat Codorniu, 2005; Dizy y otros, 2005) lo que implica muy diferentes resultados.

La Memoria que acompaña al anteproyecto de la LEADE estima el coste de la aplicación de la ley en 9.355,5 millones de euros para el año 2015. La Memoria no especifica los criterios de coste de la ley por lo que es necesario recurrir a otras fuentes que expliciten los criterios. Así, estimaciones recientes (Montserrat Codorniu 2005 y 2006, a y b) suponen un incremento cercano al 25% respecto de la estimación de la Memoria basándose en la estimación de los costes medios de las prestaciones por usuario y año que pueden ser indicativas para definir la cuantía de las prestaciones financiadas por el sector público (ver Cuadro 3).

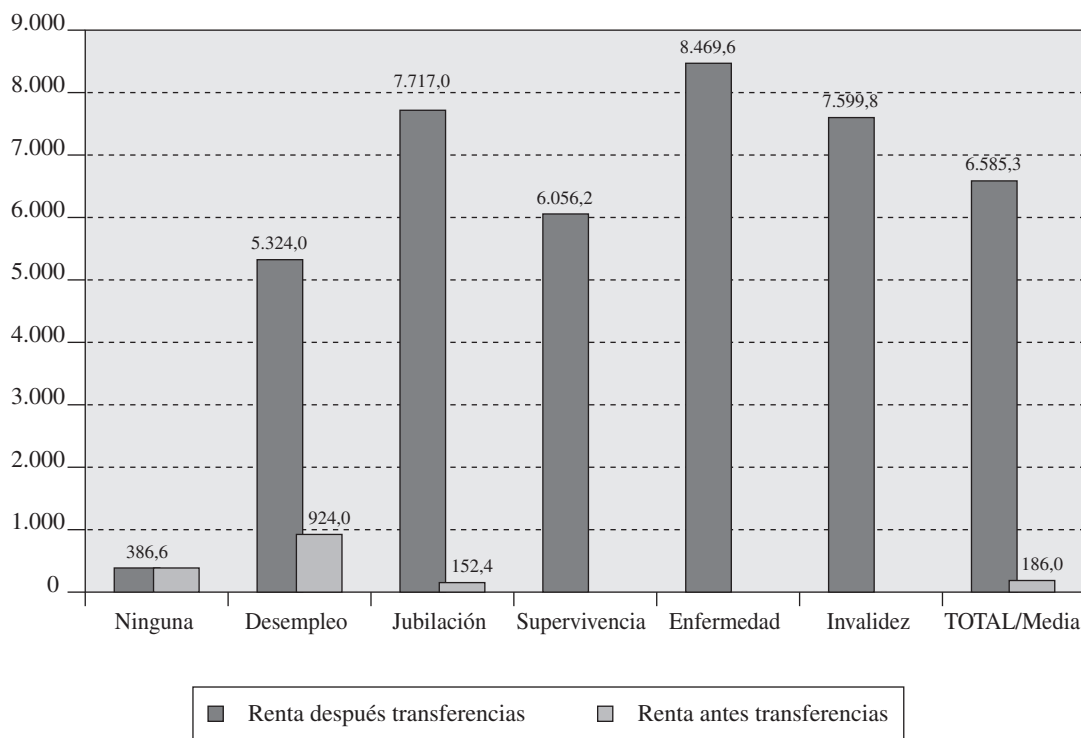
El sistema previsto por la LEADE para la financiación de las prestaciones se basa en las aportaciones a partes iguales de la AGE, las CCAA y los usuarios. En conjunto, y sobre un gasto actual en torno al 0,30% del PIB, el gasto adicional estaría entre el 0,5% estimado por el MTAS y el 0,8%, un esfuerzo adicional asumible dado el nivel de renta y riqueza de España. El nuevo sistema apuesta (preámbulo de la ley) por una financiación “**suficiente, estable y sostenida en el tiempo**”, además de garantizada mediante corresponsabilidad de las Administraciones Públicas.

- La **suficiencia** del sistema de financiación supone garantizar la cobertura de la población estimada y una intensidad protectora que proporcione una adecuada calidad de vida de las personas en situación de dependencia. Respecto de la cobertura se plantean algunos interrogantes. En pri-

mer lugar, en la aportación de la Administración Central está incluido el nivel mínimo de protección, el nivel de convenio entre Administración Central y CCAA y el fondo para “incrementar la hoy insuficiente red de centros y servicios necesarios” (creación de centros propios, subvenciones a la inversión en centros de iniciativa social sin ánimo de lucro y facilidades para incentivar la creación de servicios por parte de la iniciativa privada)”, según se señala en la Memoria que acompaña al anteproyecto de Ley, si bien dicho fondo no se menciona en la Ley. ¿Será suficiente la aportación de la AGE, en torno a los 2.100 millones de euros para garantizar objetivos tan relevantes?. La respuesta posible es que quizás con esa aportación se pueda garantizar una cierta cobertura pero de baja intensidad protectora. En ese caso la suficiencia del sistema se trasladaría a las CCAA y a los usuarios.

Son las CCAA, junto a las Corporaciones Locales, las que asumen el grueso de la financiación si sumamos a la financiación prevista en la Memoria el gasto estimado en la actualidad en torno a los 2000 millones de euros anuales. Además, el propio proyecto de ley genera dudas sobre la financiación futura del sistema por parte de la AGE después de 2015 (Disposición Transitoria Primera). El compromiso de la AGE con el principio de igualdad y equilibrio territorial implica un gasto social a largo plazo con el sistema de dependencia. El éxito del nuevo sistema va a depender en gran medida del compromiso permanente de la AGE en su financiación y función equilibradora.

En todo caso será clave el tratamiento del **copago** para la suficiencia del sistema. Se

Gráfico 1. Renta anual antes y después de transferencias sociales en mayores de 65 años con limitaciones intensas para la realización de las actividades de la vida diaria

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Condiciones de Vida 2005.

ha dado un paso importante en la diferenciación entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros de forma que una parte, al menos, de los primeros sea gratuita para todos los dependientes reconocidos como tales. Es la interpretación que cabe esperar por el Consejo Territorial del SAAD así como la exclusión de la vivienda habitual del cálculo de la capacidad económica⁵, si bien la ley es explícita al considerar renta y patrimonio como elementos de cálculo del copago. En otro caso, se podría producir una expul-

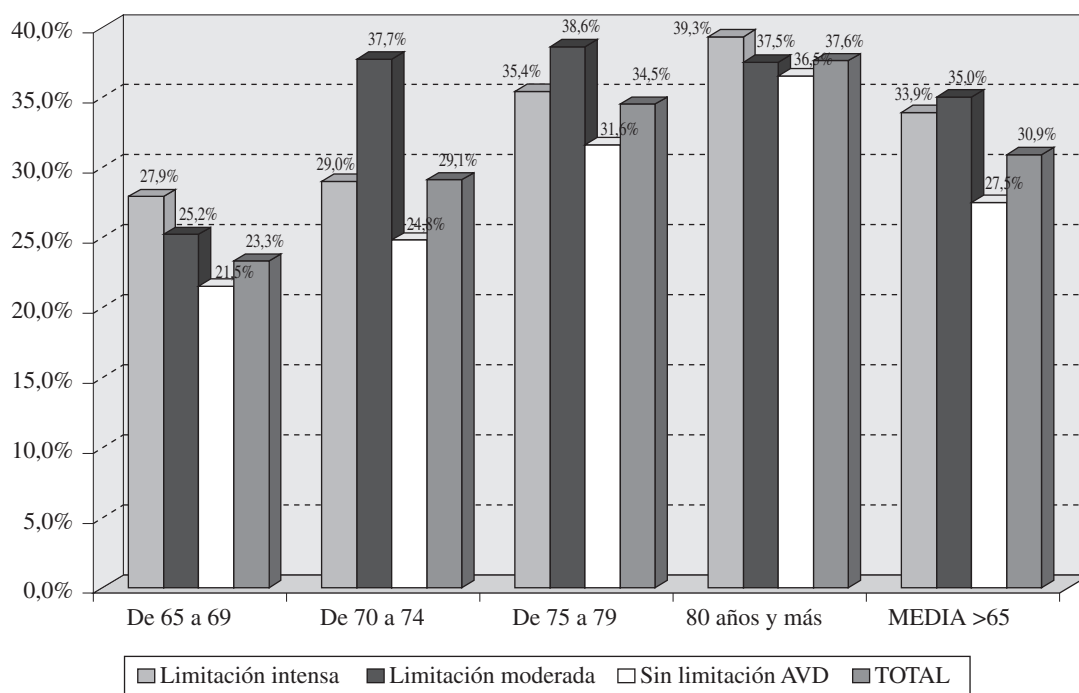
sión del sistema de las clases medias y un desincentivo al ahorro.

Por otra parte, no hay que olvidar que el copago previsto debe ser confrontado con la realidad de los niveles de renta y pobreza de la población en situación de dependencia. En base a la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2005 constatamos, en el caso de la población mayor dependiente, bajos niveles de ingresos y la importancia de la tasa de pobreza (ver Gráficos 1 y 2). Si tenemos en cuenta que el colectivo de personas mayores consti-

⁵ Que el copago no es un problema resuelto lo demuestra el siguiente diálogo parlamentario en el debate del Pleno del Congreso de los Diputados del día 30 de Noviembre de 2006:

- La portavoz del PSOE, Pérez Domínguez, respondiendo al Sr. Campuzano (CIU) le dice: “Si tanto interés tenía en eliminar la vivienda habitual ¿por qué no puso eso y puso el patrimonio?. Porque usted sabe que eso lo reconoce ya la ley de Patrimonio. No se declara como patrimonio la primera vivienda, la vivienda habitual”.
- A ello contesta el Sr. Campuzano que: “la enmienda 216 de CIU en el Senado, que establecía que, a los efectos de la consideración del copago, quedara excluida de dicha consideración la vivienda habitual. Ustedes rechazaron en el Senado que la vivienda habitual quedase excluida del nivel de copago y eso hace que las clases medias deban pagar de su bolsillo para continuar accediendo a los servicios sociales.

Gráfico 2. Porcentaje de personas de 65 y más años por debajo del umbral de pobreza relativa Distribuidos por Grado de limitación para la realización de AVD y Grupos de Edad



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Condiciones de Vida 2005.

tuye casi dos terceras partes de la población en situación de dependencia y que quedarían excluidos del copago los que están por debajo de la línea de la pobreza y buena parte de aquellos cuya renta anual después de transferencias no llega a los 7.000 euros anuales, entonces quiere decir que el copago no tendría un peso relevante en la financiación del sistema y, en consecuencia, el gasto asistencial tendría que incrementarse para completar el coste de los servicios. Gasto asistencial que tendrá que ser asumido por las Administraciones Territoriales.

- La **estabilidad** del sistema de financiación no depende solamente de los recursos financieros disponibles sino del cumplimiento concurrente de los compromisos financieros e institucionales del conjunto de las AAPP. En este sentido, cabe destacar dos aspectos. Por una parte, la debilidad del Convenio entre la AGE y las CCAA que el proyecto de Ley no ha

superado quedando en un equilibrio constituyente inestable, ya antes mencionado. Por otra parte, el tipo de autoridad que tendrá realmente el Consejo Territorial del SAAD. Según el artº 8 de la LEADE las funciones son variadas e importantes pero están condicionadas por las competencias de cada una de las Administraciones Públicas integrantes. En el sistema de regulación definido en la ley los costes de transacción pueden ser importantes si uno o varios de los agentes se autoexcluyen del sistema o plantean conflictos de competencias.

- Finalmente, la **sostenibilidad** del SAAD a largo plazo dependerá de múltiples factores. El factor demográfico, la evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad (hay que recordar aquí la importancia creciente de las dependencias cognitivas como el Alzheimer), el peso de la ayuda informal en el sistema y, finalmente, la capacidad de financiación del sistema, son

algunos de los factores determinantes. La Ley no hace previsión alguna al respecto ni indica líneas de sostenibilidad futura, tampoco la Memoria de la propia ley. En todo caso la sostenibilidad futura está condicionada tanto por la capacidad fiscal del Estado —el SAAD requerirá un esfuerzo adicional entre el 0,5% y el 0,8% del PIB— y los compromisos con otros tipos de gasto público, como por las políticas de estabilidad de la UE.

4. CONCLUSIONES

La ley española de apoyo a la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia constituye un avance incuestionable en el desarrollo de los derechos sociales en España que ha sido posible en el ámbito de consenso político del Pacto de Toledo, bajo la presión objetiva de los cambios en el sistema de cuidados familiares, acelerado por la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la acción reivindicativa de sindicatos (Frades, 2002; Maravall, 2003) y organizaciones del Tercer Sector (de mayores, de la discapacidad y de acción social en general) que han sido asumidas por el conjunto de los partidos políticos con distintos matices.

La LEADE supone una ruptura histórica, aunque incompleta, con el modelo asistencial de los servicios sociales basado en el trabajo intenso no remunerado de las mujeres cuidadoras si bien no afecta a la totalidad de la rama, únicamente a los servicios y prestaciones dirigidos a las situaciones de dependencia. El nuevo modelo de protección social se sitúa formalmente en la lógica de los sistemas universalistas, basado en un sistema de competencias compartidas y, consecuentemente, compromisos financieros también compartidos, abiertos al desarrollo político, y con una importante participación de las personas dependientes y sus cuidadores en la financiación del sistema y en la carga de cuidados informales.

La puesta en marcha de la ley pondrá de manifiesto sus potencialidades protectoras precisando para ello de un tiempo relativamente largo en que se irán ajustando los factores de población, coste, financiación y provisión. Pero, al mismo tiempo, es preciso prever sus potenciales efectos no deseados que, en buena medida, hemos adelantado en las páginas precedentes. Estos últimos serían tentativamente los siguientes:

- a) El SAAD es un **sistema potencialmente inestable desde el punto de vista institucional** dados los posibles costes de regulación de un juego cooperativo de baja exigencia aparente para quienes denuncien el instrumento del Convenio.
- b) La posible **insuficiencia de la financiación de la Administración Central** para hacer frente a objetivos tan costosos como la financiación de las prestaciones mínimas, las de carácter conveniado y el refuerzo de la red de servicios. Un compromiso que parece podría agotarse en el 2015 cuando las CCAA se harían cargo de la financiación del sistema.
- c) En tercer lugar, **las desigualdades sociales y territoriales que puede provocar el segundo escalón y, sobre todo, el tercer escalón de financiación adicional** al no existir un **fondo de equilibrio territorial** cuya creación debería establecer el Consejo Territorial en la fase de puesta en marcha de la Ley, así como la creación de un **fondo anual de inversión en infraestructuras** que la ley no ha previsto de manera directa pero que es factible si existe un compromiso financiero del Estado. No puede dejarse esta inversión bajo la responsabilidad única del sector privado o a la simple voluntad de las CCAA y Ayuntamientos. De ello depende la expansión de una red de servicios que efectivamente apoyen y sustituyan, en su caso, la solidaridad informal.
- d) Es crucial la **regulación del copago** de manera que el efecto expulsión no afecte a las capas medias de la población. La población con bajos recursos en situación de dependencia tiene asegurado su acceso al sistema de prestaciones. La clave del éxito de la nueva rama de protección social reside en lograr un bajo o nulo efecto expulsión de las clases medias del SAAD.
- e) Finalmente, la creación de una **red de servicios implica avances en un sistema accesible y continuo** (Rodríguez, 2006; Sarasa, 2003). La **coordinación sociosanitaria** (lo que supone una mayor implicación institucional del sistema sanitario en la atención a la dependencia) y **superación de la fragmentación interna en el propio sistema de servicios sociales** son dos desarrollos necesarios para la eficacia del nuevo

sistema. El nuevo sistema debe ser capaz de cubrir las necesidades de los colectivos con baja capacidad de movilización social como son las personas con problemas de salud mental o sin techo. De la capacidad de universalización de la red dependerá la supera-

ción a medio plazo de la posición subordinada de la rama de los servicios sociales en el régimen de bienestar español. En este sentido la LEADE debe ser la oportunidad para completar la universalización del sistema de servicios sociales en su totalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, A. y C. ESPARZA (2006) *Las personas mayores con dependencia*. En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- BETTIO, F., SIMONAZZI, A., VILLA, P. (2006) Change in care regimes and female migration: the “care drain” in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, vol. 16, 3.
- CASADO, D. (dir.) (2004) *Propuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.
- CASADO, D. (2006) *Cómo abordar la dependencia funcional*. En Puyol y Abellán (2006) o. c..
- CASADO MARÍN, D. y LÓPEZ I CASASNOVAS, G. (2001) *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- CONSEJO DE EUROPA (1998) *Recomendación Nº R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados Miembros relativa a la dependencia*.
- CONSEJO Y COMISIÓN EUROPEOS (2003), *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores.*, Bruselas, Comisión Europea.
- CES (2006) Dictamen sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Dictamen 3. Madrid: CES.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid, Defensor del Pueblo.
- DIZY, D.; RUIZ O., FERNÁNDEZ, M. (2005), *Las personas mayores en situación de dependencia*. Barcelona, Edad y Vida.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford: Polity Press.
- FERRERA, M. (1996) *he Southern Model f Welfare in Social Europe*. *Journal of European Social Policy* 6 (1).
- FRADES, J. (2002), *La protección de las personas dependientes*. Mimeo, Madrid, Gabinete Técnico Confederal de UGT.
- HUBER, M., HENNESSY, P., IZUNI, J., KIM, W. & LUNSGAARD, J. (2005) Long-term care for older people. Paris: OCDE.
- IMSERSO (2005, a) *Cuidado a la dependencia e Inmigración*. Madrid, IMSERSO.
- IMSERSO (2005, b), *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, Madrid, Imserso.
- IMSERSO (2005, c) *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid,
- INE (2001), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*, Madrid, INE.
- LUNSGAARD, J. (2005) Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employments and fiscal sustainability. *Health Working Paper*, vol. 20. Paris: OECD.
- MARAVALL, H. (2003) *El envejecimiento en España*, Cuadernos de Información Sindical, Madrid, Comisiones Obreras.
- MISSOC (2004) Introduction 2003: Between restructuring, rationalisation and solidarity. *Misso Infor Bulletin*, vol. 01/2004. Bruselas.
- MONTERRAT, J (2005), *El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo, Presupuesto y Gasto Público*, nº 39/2005.
- MONTERRAT, J (2006) *La ley de la dependencia: costes y financiación*. Documentación Social nº 141.
- MONTERRAT, J. (2006) *El impacto de la ley de la dependencia en las finanzas del Estado*. Mimeo.
- OECD (2005) Ensuring quality long-term care for older people. Policy Brief, vol march 2005. Paris: OECD.
- PACOLET, J. et al. (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission.
- PACOLET, J. ed (2006) *The State of the Welfare State Anno 1992. Ten years later with Ten New member States*. Brussels: Belgian Review of Social Security (to be published).
- PALACIOS RAMOS y A. ABELLÁN GARCÍA (2006) *Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España*. En Puyol y Abellán (2006) *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- PUGA, D y A. ABELLÁN (2004) *El proceso de la discapacidad*. Madrid: Fundación Pfizer.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coor.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y J. MONTERRAT (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004) *Protección social de la dependencia en España*. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2005) *Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo*. En V. Navarro (dir.) *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2005), *La protección social de las personas dependientes como desarrollo del Estado de Bienestar en España*. Funcas: Panorama Social, nº 2.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1999), *Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria*, en DEFENSOR DEL PUEBLO (2000).
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2005) *El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 40.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006) El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Madrid: Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 87.
- RUIPÉREZ CANTERA, I. (2006) *La atención sanitaria a las situaciones de dependencia*. Documentación Social nº 141.
- SANCHO CASTIELLO, Mª T. (2006) Las prestaciones sociales a la dependencia. Documentación Social nº 141.
- SALVA, A. y RIVERO (2006) *Dependencia y envejecimiento. Valoración*. En Puyol y Abellán, o. c.
- SARASA, S. (2003) *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores*. Madrid: Fundación Alternativas.
- SIPOSO (Seminario de Intervención Social y Políticas Sociales) (2006) *Informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Siposo.